

Carlson, Jon

Familie und Familientherapie in den USA

Diskurs 4 (1994) 2, S. 44-51



Quellenangabe/ Reference:

Carlson, Jon: Familie und Familientherapie in den USA - In: Diskurs 4 (1994) 2, S. 44-51 - URN: urn:nbn:de:0111-opus-66748 - DOI: 10.25656/01:6674

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-opus-66748>

<https://doi.org/10.25656/01:6674>

in Kooperation mit / in cooperation with:



**Deutsches
Jugendinstitut**

www.dji.de/diskurs

Nutzungsbedingungen

Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen. Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use

We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. Use of this document does not include any transfer of property rights and it is conditional to the following limitations: All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Kontakt / Contact:

peDOCS
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation
Informationszentrum (IZ) Bildung
E-Mail: pedocs@dipf.de
Internet: www.pedocs.de

Digitalisiert

Thema**Familie im Sozialstaat***Gaiser, Krüger*

Familie im Sozialstaat –

Einführung in das Thema 2

*Familie – private Angelegenheit und Gegenstand öffentlichen Interesses. Inwiefern ist der moderne Sozialstaat gefordert, mehr für Kinder und Eltern zu tun?**Meier*

Die neue Beliebtheit? Familie der 90er Jahre 6

*Individualisierungstheoretische Deutungsmuster allein sind nicht in der Lage, den Wandel von Familie und Gesellschaft zu erklären.**Voges*Armut von Familien – für eine neue Betrachtungsweise
familiärer Lebensweisen 14*Eine traditionelle Sozialpolitik führt dazu, daß das Armutsrisiko stärker solche Familientypen trifft, die nicht den normativen Leitvorstellungen der »Normalfamilie« entsprechen.**Kleinhenz*Familienlastenausgleich. »Cash und Kröten«
in der Familienpolitik 22*Unter Gesichtspunkten sozialstaatlicher Gerechtigkeit und Nützlichkeit müßte der Familienlastenausgleich hin zu einem Familienleistungsausgleich weiterentwickelt und somit nicht nur der monetäre, sondern auch der persönliche Versorgungsaufwand von Eltern honoriert werden.**Sass*

Das Leben mit Kindern. Ein Ost-West-Vergleich 29

*Der deutsch-osteuropäische Vierländer-Vergleich zeigt, daß – trotz der nationalen Unterschiede in den Lebensbedingungen und den familienpolitischen Vorgaben – Eltern generell feststellen, von Gesellschaft und Staat benachteiligt zu werden.**Berger*

Zwischen Clan und Kindergarten –

Familie und Kinderbetreuung in Afrika 38

*Der Blick nach Sierra Leone zeigt beispielhaft, wie schnell ökonomische Modernisierung institutionalisierte Unterstützungssysteme für die Familie erforderlich macht.**Carlson*

Familie und Familientherapie in den USA 44

Veränderte Strukturen und Problemlagen von Familien haben in der sozialpsychiatrischen Beratung zu einem neuen Typ von Klienten geführt, der neue Konzepte der Diagnostik und Beratung verlangt.

INTERVIEW

Was Familien zusammenhält 52
Helm Stierlin kennzeichnet aus der Sicht der Familientherapie Risiken und Entwicklungsmöglichkeiten heutiger Familien.

VARIA

Gravenhorst
Moralisches Bewußtsein und Geschlecht.
Wie sich das Verhältnis zur NS-Vergangenheit strukturiert 56
NS-Schuld der Eltern wird von Töchtern und Söhnen, was moralische Wertung angeht, sehr unterschiedlich im historisch-politischen Bewußtsein verarbeitet.

Scheffer
Liberaler oder kommunitärer Gerechtigkeit? 63
In der Debatte über liberaler oder kommunitärer Prinzipien der Gerechtigkeit in einer Gesellschaft lenkt dieser Beitrag den Blick auf die philosophischen Grundlagen.

LITERATURREPORT

Bohle
Ehescheidung: Soziologische Perspektiven und Forschungsbefunde 69
Gibt es soziodemographische Indikatoren für das Scheidungsrisiko? Ausgewählte Literatur zur Scheidungsforschung wird vorgestellt.

ZUSAMMENFASSUNGEN

SUMMARIES

RÉSUMÉS 76

Impressum 81

Familie und Familien- therapie in den USA



Jon Carlson ist Professor an der Governors State University in University Park, Illinois, und arbeitet gleichzeitig als praktizierender Psychologe an der Wellness Clinic in Lake Geneva, Wisconsin. Zur Zeit ist er Präsident der International Association of Marriage and Family Counselors und gibt deren Zeitschrift »The Family Journal« heraus. Außerdem ist er Herausgeber der Zeitschrift »Individual Psychology« der North American Society of Adlerian Psychology. Jon Carlson hat bisher 16 Bücher und über 100 Artikel geschrieben. Er ist Empfänger der Professional Development-Auszeichnung der American Counseling Association und wurde ebenfalls von der American Psychological Association, der North American Society of Adlerian Psychology, der Association of Marriage and Family Counselors sowie der amerikanischen Kommission für professionelle Psychologie ausgezeichnet.

Korrespondenzadresse:

Jon Carlson, Psy.D., Ed.D.
Director
Lake Geneva Wellness Clinic
101 Broad Street
Lake Geneva
Wisconsin 53147
USA

Familien existieren heute in vielfältiger Form: als Kernfamilien, als Einzelhaushalte, als nicht verheiratete hetero- oder homosexuelle Paare, als Eineltern-Familien, wieder-verheiratete Paare oder Stieffamilien, als Pflege- und Adoptivfamilien, als kinderlose Familien, in Form offener außerehelicher Beziehungen und als Mehrerwachsenen-haushalte. Die ausufernde Unterschiedlichkeit familiärer Lebensformen bedeutet auch, daß mehr Menschen die individuelle Erfahrung wechselnder familiärer Strukturen während ihres Lebenslaufes machen, als das in früheren Generationen der Fall war. Diese unterschiedlichen Familienstrukturen werden sich noch weiter verbreiten, wobei Rasse und Schicht wichtige Variablen bleiben.

Wiederverheiratung bewirkt eine neue Familienstruktur, in der die Kinder mit einem natürlichen Elternteil und einem Stiefelternteil leben bzw. ihr Familienleben zwischen einem mütterlichen und einem väterlichen Elternhaus teilen müssen. Doch noch immer halten wir am traditionellen Konzept der »normalen« Familie fest, in der beide Eltern mit ihren eigenen Kindern zusammenleben. Das Modell, das Berater für eine Erstheirat und das darauf folgende Familienleben gelernt haben, paßt nicht mehr zu Zweitehen und den daraus entstehenden Familien.

Denkmodelle eines »intakten« Ehe- und Familienlebens werden in Zukunft Elemente zunehmend unterschiedlicher Kulturen aufnehmen müssen. Als Single zu leben, von Scheidung betroffen zu sein oder in einer Stieffamilie aufzuwachsen, wird in größerem Ausmaß für Schwarze und Lateinamerikaner charakteristisch sein. Unterschichtfamilien werden künftig hohe Scheidungsraten aufweisen, und die Zahl der alleinerziehenden Frauen wird weiter zunehmen. Im 21. Jahrhundert werden sich die Vereinigten Staaten zu einer Nation mit größerer ethnischer Variationsbreite entwickeln; ein prognostizierbarer Anteil von 33% der Bevölkerung wird farbig sein. Lateinamerikanische und asiatische Familien leben tendenziell in größeren Familienverbänden als andere amerikanische Familien und werden verstärkt von ökonomischen Zwängen betroffen sein. Diese Einflüsse bewirken, daß die Familie sich weiterhin ändern wird.

Frauen haben heute durchschnittlich weniger als zwei Kinder, 1965 waren dies noch fast drei. Die Zahl verheirateter Paare mit Kindern geht, gemessen an allen Haushalten, weiterhin zurück. In dem Maße, wie die ökonomische Entwicklung Gemeinschaftswerte durch individuelle ersetzt, verkürzt sich auch die Lebensphase, die ein Mensch innerhalb einer Familie verbringt.

Untersuchungen zeigen, daß mit steigendem Bildungsniveau die Kinderzahl von Frauen abnimmt. Die Kluft erweitert sich zwischen Familien, in denen die Mutter weniger Bildung besitzt, aber mehr Kinder hat, und solchen Familien, in denen die Mutter eine höhere Bildung genossen und weniger Kinder hat. Diese Trends werden die Familien von morgen sowohl ökonomisch als auch psychologisch polarisieren, wenn nicht die Politik eingreift. Eine Minderheit wird in kleinen Familien mit ökonomischen und Bildungsvorteilen aufwachsen, aber ihre Eltern werden mehr Geld für sie als Zeit mit ihnen aufwenden. Viele junge Erwachsene werden aus größeren, zumindest potentiell von ihren Müttern versorgten Familien kommen, aber sie werden ein geringeres Bildungsniveau und geringere ökonomische Möglichkeiten haben. Demographische Studien belegen, daß für die meisten Menschen Arbeit der zentrale Schwerpunkt ist, und daß

das Bedürfnis nach Liebe und Freundschaft heute eher in der Arbeitswelt als in irgendwelchen anderen Bereichen gefunden wird (Sperry und Carlson 1991a). Obwohl die Erscheinung des Doppelverdiener-Ehepaares nicht neu ist, die des Doppelkarriere-Ehepaares ist es durchaus. Diese Veränderung führt dazu, daß Frauen zwischen traditionellen Rollen und dem Wunsch nach eigenem Verdienst, bzw. dem Zwang berufstätig sein zu müssen, hin- und hergerissen sind. Nur durch das neue Modell der partnerschaftlichen Ehe können wir uns erst Beziehungen vorstellen, in denen die Partner gleichwertige Ziele anstreben. Überarbeitung und Überforderung sind häufige Beschwerden in den meisten Beziehungen, wobei sich diese Phänomene gerade in Doppelkarriere-Ehen häufen. Die größere Last scheint dabei den Frauen zuzufallen, weil zu ihrer traditionellen Rolle noch ihre Karriererolle hinzukommt.

Wandel der Adressaten von Beratungsdiensten

Ebenso wie die Familienstruktur und -zusammensetzung hat sich seit Jahren die Population derer geändert, die sich in psychologische Behandlung begeben. Psychologen wurden eher zur Behandlung von sog. YAVIS-Klienten ausgebildet, mit denen sie auch lieber arbeiten. YAVIS (young, attractive, verbal, intelligent and successful) bedeutet jung, attraktiv, sprachlich gewandt, intelligent und erfolgreich. Gerade dieser Klientenkreis ist es aber, der auch ohne externe Hilfe fähig ist, positive therapeutische Beziehungen einzugehen bzw. den eigenen Zustand mit geringer oder sogar ohne jede Intervention zu verbessern. YAVIS-Klienten stehen damit im Gegensatz zu einer sich neu herausbildenden Gruppe von Psychotherapieklienten, den sog. HOUND. HOUND (homely, old, unattractive, nonverbal and dumb) bedeutet dabei »spießig«, alt, unattraktiv, sprachlich ungewandt und wenig ausdrucksfähig. Um diese Gruppe von Klienten zu behandeln, sind die Psychologen weder ausgebildet noch sind sie dazu verpflichtet.

Sozialpsychiatrische Dienste wurden ursprünglich vorwiegend von Personen aufgesucht, die ihr Leben in irgendeiner Weise ändern wollten. In einer sich verändernden Gesellschaft und bei veränderten Familienstrukturen hat aber Behandlung häufig auch den Charakter einer angeordneten Maßnahme erhalten. Sozialpsychiatrische Dienste sind nicht länger auf eine freiwillige, sozioökonomisch höherstehende, gut funktionierende Klientel mit höherer Bildung bezogen. Dies alles verändert die Regeln für Behandlung und Therapie maßgeblich. Klienten, deren Behandlung unfreiwillig ist, sind anders und erfordern andere Methoden der Behandlung, der Einschätzung und der Intervention.

Berater müssen bei ihrer Arbeit die folgenden charakteristischen Funktionen der Familie vor Augen haben (Walsh 1991): Die Familie ist das wichtigste Medium, um Wissen und Fähigkeiten zu vermitteln. Auch körperliche und emotionale Unterstützung sind für die Entwicklung aller Familienmitglieder unabdingbar. Eingübte Verhaltensmuster sind notwendig, um unsere verwirrende und sich ständig verändernde Umwelt zu strukturieren und Stabilität zu erreichen. Eine gewisse Ausgewogenheit von Gemeinsamkeit und Privatheit muß partnerschaftliches

Handeln der Familienmitglieder hin zu einem gemeinsamen Ziel möglich machen. Jedoch braucht jedes Familienmitglied auch Zeit und Raum, um sich als Individuum entwickeln zu können. Durch ständiges Aushandeln von Unabhängigkeit und Abhängigkeit kann sich eine stufenweise Ablösung entwickeln. Das Aufstellen kurz- und langfristiger Ziele und die klare Definition von Erwartungen sind für eine überschaubare Entfaltung notwendig. Ebenso wichtig ist es, durch Offenheit und Flexibilität Problemlösungsprozesse in der Familie zu ermöglichen.

Berater stürzen sich normalerweise eher auf die verschiedensten Probleme von Familien. Um aber vernünftige Behandlungsziele setzen zu können, müssen Berater sich auch klarmachen, was in diesem Zusammenhang »normales« bzw. »intaktes Familienleben« bedeutet – Begriffe, die für verschiedene Menschen Unterschiedliches bedeuten, je nachdem, welchen Erfahrungshintergrund sie haben. Die Bedeutung dieser Begriffe ist darüber hinaus im Laufe der Zeit, wie schon die bisherigen Ausführungen zeigten, Veränderungen unterworfen.

Auf einer Tagung in Washington kamen 1990 führende Experten darin überein, Merkmale eines positiven Familienlebens zu definieren und einen Überblick über die gebräuchlichen Konstrukte und Methoden zu seiner Definition zu erstellen. Seit diesem Treffen unterscheidet man neun charakteristische Merkmale einer starken, gesunden Familie (Krysan, Moore und Zill 1990):

- Anpassungsfähigkeit: Gemeint ist die Fähigkeit einer Familie, sich sowohl auf vorhersehbare Wechsel des Lebenszyklus als auch auf plötzlich eintretende belastende Ereignisse einzustellen. Für diese Fähigkeit sind externe Ressourcen genauso wie kommunikative und andere interne Familienprozesse bedeutsam.
- Die Familienmitglieder fühlen sich der Familie als Ganzes verpflichtet: Hierfür ist es notwendig, daß jeder den Wert des einzelnen ebenso anerkennt, wie den Wert der Familie als Einheit.
- Ein klarer und offener Kommunikationsfluß ist eines der am häufigsten genannten Kennzeichen eines intakten Familienlebens.
- Die Familie muß in der Lage sein, Zusammengehörigkeitsgefühle zu erzeugen und gleichzeitig die Entwicklung des einzelnen zu ermutigen.
- Ein hohes Maß an gegenseitiger Wertschätzung zeigt sich nicht zuletzt darin, daß die einzelnen Familienmitglieder diese auch ausdrücken und sich danach verhalten.
- Obwohl es keinen Konsens darüber gibt, welche besonderen Aspekte von Religion für ein intaktes Familienleben wichtig sein könnten, nennen viele Autoren religiöse bzw. geistige Orientierung als ein Charakteristikum für ein gesundes Familienleben.
- Die Familie muß in einem Geflecht sozialer Bindungen leben und Beziehungen zu gesellschaftlichen Gruppierungen, zur erweiterten Familie, zu Freunden und Nachbarn unterhalten sowie an gesellschaftlichen Ereignissen teilnehmen.
- In einer klaren Rollenstruktur kennen die Familienmitglieder Verantwortlichkeiten und sind auf diese Weise eher fähig, sich in Krisenzeiten wie in normalen Zeiten sinnvoll zu verhalten.
- Mitglieder einer Familie mit intaktem Familienleben verbringen gern viel Zeit miteinander.

Wandel der Interventionsformen

Die Komplexität der Familienstrukturen und der Familienprobleme hat in einer Weise zugenommen, daß neue, flexible Antworten gefunden werden müssen. Behandlung wird künftig in drei Stufen verlaufen: als Prävention, als Erziehung und Lernen sowie drittens schließlich als Behandlung und Therapie. Künftige Behandlungsformen werden sich eher zu kurzfristigen psychosozialen Angeboten entwickeln, die speziell auf die einzelnen Familien zugeschnitten sind.

Die Veränderungen der kommenden Jahrzehnte werden Auswirkungen auf die Praxis der Ehe- und Familientherapie haben (Gurman und Kniskern, 1992). Die Praxis der Ehe- und Familientherapie wird weit mehr als bisher kasernenärztlich abgedeckt werden. Sie wird auch kürzer sein, was eine viel präzisere Definition der Behandlungsziele erfordert – und sie wird vorwiegend psychopädagogische Methoden anwenden. Ehe- und Familientherapie wird künftig durch geringere Reinheit der Interventions- und Therapiemethoden gekennzeichnet sein. Berater werden zunehmend integrierte oder eklektizistische Methoden in der Beratung der Familien und Ehepaare anwenden. Darüber hinaus werden Familientherapeuten in den kommenden Jahrzehnten mehr in die Behandlung von bestimmten psychiatrischen Störungen einbezogen werden. Familientherapeuten werden dem Beziehungssystem Therapeut–Patient–Familie und dessen therapeutischem Potential viel mehr Aufmerksamkeit schenken müssen. Neuere Literatur hat den Einfluß der Familie auf die Entstehung psychischer Störungen deutlich gemacht.

- In der Ehe- und Familientherapie wird sich künftig die wissenschaftliche Basis erweitern müssen, was zu deutlichen Veränderungen der klinisch-psychologischen Dienste führen wird. Berater und Therapeuten können nicht länger Methoden anwenden, die lediglich »gefühlsmäßig richtig« sind. Sie werden künftig stärker mit Medizinerinnen zusammenarbeiten und ihre Interventionen in größerem Ausmaß wissenschaftlich absichern müssen.

Prävention und Erziehung

Primäre und sekundäre Interventionsformen werden oft als psychopädagogische Methoden umschrieben. Sie sind in der Behandlung einer großen Anzahl von psychiatrischen wie sozialen Störungen sehr wirksam (Carlson und Sperry 1990). Im folgenden seien einige der von uns entwickelten psychopädagogischen Programme dargestellt (Dinkmeyer, D. und Carlson, J. 1986), die geeignet sind, auf den Fähigkeiten des jeweiligen Ehepaares bzw. der Familie aufbauend eine langandauernde liebevolle und befriedigende Beziehung zu erreichen.

In sog. TIME-Gruppen (Training in Marriage Enrichment) definieren die Partner zunächst ihre Vorstellung einer optimalen Ehe, um anschließend diejenigen Fähigkeiten zu entwickeln, die notwendig sind, um eine solche Beziehung aufrechtzuerhalten. TIME ist ein psychosozialer, vorwiegend an Adler orientierter Ansatz (Adler 1931, Dreikurs 1945) und stellt folgende Fähigkeiten in den Mittelpunkt: Verantwortung übernehmen können, gegenseitige Ermutigung, Prioritäten und Werte setzen, kongruente Kommunikation, Zuhörenkönnen und adäquat darauf reagieren, die Fähigkeit, gemeinsame Ent-

scheidungen zu fällen und schließlich die Fähigkeit, Gleichberechtigung in der Ehe zu praktizieren.

Das psychopädagogische PREP-PROGRAMM (PREP for effective Living) dagegen ist ein Programm, das mit jungen Erwachsenen arbeitet und sie erfolgreiche Eltern- und Partnerschaft zu einem Zeitpunkt lehrt, bevor sie diese Stadien erreicht haben. Dieses multimediale Programm wird oft in Schulen mit jungen Erwachsenen angewandt; es kann jedoch auch generell auf Gruppenarbeit übertragen werden.

Das STEP-Programm wiederum (Systematic Training for Effective Parenting) ist ein Programm, mit dem Gruppenleiter überall in den Vereinigten Staaten ausgebildet werden. Es lehrt ebenfalls die wichtigsten Fähigkeiten zu einer erfolgreichen Elternschaft, wie z.B.: menschliches Verhalten zu verstehen, Motivieren, Kommunikation, Disziplin, Problemlösung und die Fähigkeit zur Aufrechterhaltung positiver familiärer Beziehungen. Dieses Programm hat spezielle Varianten für jüngere Kinder wie auch für Jugendliche entwickelt.

Der Zweck all dieser Programme ist die Kombination von Prävention und Erziehung. Im allgemeinen nehmen Paare und Partner daran teil, die ihre wechselseitige Beziehung befriedigender gestalten wollen. Untersuchungen von Giblin, Sprenkle und Sheehan (1985) zeigen jedoch in einer differenzierten Analyse von 23 unterschiedlichen Programmtypen, daß diese Programme noch größere Erfolge bei solchen Paaren zeigen, die schwerwiegende Probleme haben.

Auf den Einzelfall zugeschnittene Intervention («tailoring»)

»Tailoring« bedeutet in diesem Zusammenhang, daß Behandlungsentscheidungen daraufhin gefällt werden müssen, was für einen bestimmten Klienten oder für ein bestimmtes Paar mit seinen spezifischen Problemen und unter den jeweiligen Bedingungen am wirkungsvollsten ist. Die Ehe- und Familientherapie hält jedoch noch immer sehr engstirnig an der universellen Anwendbarkeit ihrer Theorien fest. Diese Loyalität der Berater gegenüber einer Theorie oder einem Ansatz führt bestenfalls dazu, daß die Behandlung beraterzentriert ist – klientenzentriert ist sie dadurch jedoch nicht. Dies aber ist mit den grundlegenden Prinzipien des »tailoring« unvereinbar. Die derzeit noch bestehenden starken Widerstände gegen die Anwendung des »tailoring« werden sich künftig schon durch finanzielle Anreize verringern. Aber auch Effizienzüberprüfungen der Ehe- und Familientherapie durch die Regierung werden erfolgen, um Gesundheitskosten zu reduzieren. Die Berater werden dadurch unweigerlich dazu gebracht, die kostengünstigsten und effizientesten Behandlungsformen anzuwenden – und das sind logischerweise die »tailoring«-, d.h. die »maßgeschneiderten« Behandlungsformen (Worthington 1989). Darüber hinaus wird die steigende Anzahl von neuen Familienformen verstärkt individualisierte und auf den Einzelfall zugeschnittene Interventionen notwendig machen. Und

schließlich gewinnt diese Form der Intervention, selbst wenn sie nicht am Anfang der Behandlung steht, meist in einem späteren Stadium an Bedeutung, insbesondere dann, wenn Widerstände gegen die Behandlung zum Thema werden. Solche Widerstände deuten darauf hin, daß die Bedürfnisse und Erwartungen des Paares nicht genügend erkannt und im Behandlungsprozeß bearbeitet wurden. »Tailoring«-Ansätze beziehen sich schwerpunktmäßig entweder auf Beziehungskonflikte, auf das Systemgleichgewicht der Familie, auf die gegenseitige Anpassung des Lebensstils, auf die strategische Anpassung an den Einzelfall oder auf differentielle Therapietechniken. Jeder Ansatz hat eigene Befürworter und eigene wissenschaftliche Grundlagen.

Der Ansatz, den ich selbst in meiner Praxis als am brauchbarsten empfinde, ist der der differentiellen Therapie. Sie wurde ursprünglich von Frances, Clarkin und Perry (1984) entwickelt. Die Autoren glauben, daß man alle Behandlungsformen entlang folgender fünf Achsen betrachten kann: das Setting, das heißt die Umgebung (ob also z.B. ambulant oder stationär behandelt wird), die am Behandlungsprozeß beteiligten Personen, die Dauer der Therapie und die Häufigkeit der Behandlungseinheiten, die Behandlungsmethodik (ob z.B. eher explorative, unterstützende oder eher psychopädagogische Strategien angewandt werden) und schließlich die eventuelle Notwendigkeit einer somatischen Behandlung. Die Autoren nennen spezifische Hilfen, um ausgewogene, auf den Einzelfall zugeschnittene Entscheidungen in diesen Dimensionen fällen zu können.

Die Ausgangsdiagnose als umfassende Bewertung

Wesentliche Grundlage der auf den Einzelfall zugeschnittenen Behandlung ist eine umfassende Bewertung. Nach Coleman können 83% der gescheiterten Behandlungen in erster Linie auf eine inadäquate Anfangsbewertung zurückgeführt werden (Coleman, 1985). Folgende fünf Faktoren sind für eine umfassende Ausgangsdiagnose maßgebend:

Die aktuelle Situation der Familie

Hier sind sowohl die Symptome als auch die Intensität der Stressoren bedeutsam, denen die Familie auf dem Hintergrund ihrer demographischen Ausgangslage ausgesetzt ist.

Die augenblicklichen Probleme: Familien, die eine Familientherapie erbitten oder zur Abklärung bzw. Behandlung überwiesen werden, bringen relativ ähnliche Anliegen vor: Kommunikationsprobleme, Konflikte mit Kindern und Jugendlichen, sexuelle, finanzielle und physische Probleme, sexuelle oder psychische Mißhandlung oder verschiedene Krisen im Zusammenhang mit dem Tod von Verwandten oder engeren Familienmitgliedern, oder auch Probleme am Arbeitsplatz. Die geäußerten Probleme sind nicht immer mit den wirklichen Problemen der Familie identisch. Häufig ist gerade die Verschwommenheit, in der die Schwierigkeiten gesehen werden, ebenso wie die Unfähigkeit, das Unbehagen in Worte zu kleiden, Teil der augenblicklichen Problematik.

Demographische Merkmale der Familie, wie z.B. das Alter der Familienmitglieder, die Familiengröße, ihr sozio-kultureller und finanzieller Status, können sowohl hinsichtlich der internen als auch der externen Stressoren für die Familie verschärfend oder abschwächend wirken. Man nimmt eine gegenläufige Beziehung zwischen dem Alter des Paares zum Zeitpunkt der Heirat und der Wahrscheinlichkeit einer späteren Scheidung an; d.h. jene, die sehr jung heiraten, haben die höchsten Scheidungsraten. Auch

die Familiengröße korreliert mit Problemen in der Familie und mit höheren Scheidungsraten. Ehen ohne Kinder und jene mit vielen Kindern werden häufiger geschieden als Familien mit geringerer Kinderzahl. Es ist wahrscheinlich, daß in größeren Familien ökonomische Härten indirekt die Zunahme von Scheidungen begünstigen. Finanziell unter Druck geratene Familien kämpfen mit einer Vielzahl von Problemen und zeigen eine erhöhte Instabilität der Ehe (Lorenz, Conger, Simon und Whitbeck 1991). Wenn in der Anamnese Arbeitslosigkeit genannt wird, muß die psychosoziale Wirkung dieser Situation beachtet werden. Das Familieneinkommen hat mehr als andere Zensusvariablen Einfluß auf die Entstehung familiärer Konflikte. Zu geringes Einkommen oder die Verminderung des Einkommens durch Arbeitslosigkeit bzw. durch Gehaltskürzungen sind je nach gewohntem Lebensstandard häufig Auslöser von Familienproblemen. Kulturelle Werte wirken sich ebenfalls auf den Charakter einer Familie, und hierbei vor allem auf die Rollenerwartungen der Familienmitglieder, aus. Sie stammen aus frühen Sozialisationserfahrungen und werden täglich im sozialen Umfeld verstärkt. Auch der sozioökonomische Status beeinflusst in großem Ausmaß Einstellungen und Verhalten der Familienmitglieder und ihre Beziehungen zu anderen Menschen außerhalb der Familie.

Die Familie als System

Die Ebene der Ausgangsdiagnose bezieht sich auf die besondere Geschichte der Familie, auf ihren derzeitigen Entwicklungsstand sowie auf bestimmte Systemfaktoren. Für den Therapeuten ist es hilfreich zu wissen, wie die Familie zu dem Punkt gekommen ist, an dem sie heute steht. Der Therapeut beginnt am besten die Familiengeschichte, indem er nach der Geburt und Kindheit der Eltern fragt, insbesondere danach, wie das Familienleben zur Zeit der Kindheit von Vater und Mutter aussah, wie es ihnen in der Schule und nach der Schulzeit erging. Informationen über die Eltern und Geschwister der Eltern werden dabei genauso festgehalten wie die Art und Weise, wie sie sich gefunden haben, die Zeit vor und während der Ehe und wie die Geburt und die Entwicklung der

Kinder verlief. Der augenblickliche Status der Familie im Lebenszyklus und die Übergangsstadien werden ebenfalls an dieser Stelle der Anamnese festgehalten. Die von McGoldrick definierten Lebenslaufstadien sind dabei ein sinnvolles Modell. Die Anamnese der Familien beider Ehepartner ist oft für die Erhellung aktueller Prozesse hilfreich und erleichtert den therapeutischen Zugang. Dies kann auf unterschiedliche Weise erreicht werden. Eine der gebräuchlichsten Methoden ist das Genogramm. Dieses ist nach McGoldrick und Gerson (1985) ein visualisierter Stammbaum der letzten drei Generationen jeder der beiden Elternfamilien. Im Genogramm werden wesentliche Informationen, wie Namen, Alter, Ehestatus, Scheidungen, Trennungen und Todesjahre, verzeichnet. Typischerweise erstellt der Therapeut das Genogramm des einen der Ehepartner, indem er den anderen Informationen und Bemerkungen nach den Erläuterungen des Ehepartners einfügen läßt. Dann wird dieser Prozeß umgekehrt und die Herkunftsfamilie des anderen Ehepartners dargestellt. Der Therapeut sollte während der Anamnese eine Reihe von Fragen im Kopf behalten, um die drei kritischen Systemfaktoren der betreffenden Familie – Abgrenzung der Familie, Macht und Intimität – bestimmen zu können. Auf den Faktor der Begrenzung beziehen sich z.B. folgende Fragen: Wer außer den unmittelbar Beteiligten wird noch zum Familiensystem gezählt? Was wird aus den familiären Beziehungen ausgeklammert und den Großeltern oder anderen Verwandten zugeschrieben? Wer oder welche Ereignisse dringen in die Familie ein? Fragen nach der Macht in der Familie sind etwa: Welches Familienmitglied ist belastet? Wie gehen die Eltern in ihrer Beziehung zueinander und zu den Kindern mit ihrer Macht um? Der Faktor der Intimsphäre von Familien berührt etwa die folgenden Fragen: In welchem Ausmaß und auf welche Art tolerieren die Familienmitglieder die Bedürfnisse und Wünsche der anderen nach Kontakt und Nähe und wie reagieren sie darauf? Wie sehen die Verhaltensmuster im Aushandeln emotionaler und räumlicher Nähe bzw. Distanz aus?

Mit der Beantwortung dieser Fragen werden wesentliche Daten über das Familiensystem erhoben. Aufstellungen wie die Family Adaptability und die Cohesion Evaluation

Scale (vgl. Olson, Portner und Labee 1985; Olson, Sprankle und Russell 1979) sowie das Self-Report Family Instrument (Beavers, Hampson und Hulgus 1985) sind dabei ebenfalls hilfreich für die Erkennung familiärer Systemfaktoren.

Fähigkeiten in der Familie

Es kann sein, daß Familienmitglieder zwar bestimmte Fähigkeiten wie z.B. Durchsetzungsvermögen haben, dieses aber nur außerhalb der Familie oder nicht mit bestimmten Familienmitgliedern praktizieren. Andere zeigen bestimmte Fähigkeiten in oder außerhalb der Familie deshalb nicht, weil sie sich diese bisher niemals aneignen konnten. Der Therapeut bewertet solche Fähigkeiten und ihre Äußerung direkt durch Beobachtung der Interaktionen und indirekt durch Befragung der Familienmitglieder. Dabei werden zwei Arten von Fähigkeiten erfaßt:

- Fähigkeiten zur Selbstorganisation: Eine Anzahl von Fähigkeiten sind für die Familienmitglieder notwendig um individuell zurechtzukommen. Defizite in diesen Fähigkeiten können das familiäre Gleichgewicht stark stören. Solche Fähigkeiten sind Durchsetzungsvermögen, Geschick zur Problemlösung, zum Umgang mit Geld, zur Zeiteinteilung, zur Konversation, die Fähigkeit, Freundschaften zu schließen, in der Schule Erfolg zu haben, eine Arbeitsstelle zu finden und zu halten und andere Aspekte von selbstverantwortlichem Handeln.
- Fähigkeiten in der Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen: Um ein effektives und ausgeglichenes Familienleben zu ermöglichen, sind in erster Linie gegenseitige Ermutigung und kongruente Kommunikation notwendig, empathisches Zuhören, die gemeinsame Überwindung von Konflikten sowie die Fähigkeit, Konsens aushandeln zu können. Nichols (1988) führt noch weitere Fähigkeiten an, von denen er glaubt, daß sie für ein erfolgreiches Zusammenleben von Paaren wichtig seien: z.B. für jemanden sorgen können, Engagement und Hilfsbereitschaft zeigen. Diese individuelle Systemdimension wird vom Berater oder Therapeuten auf zwei Ebenen eingeschätzt:
 - Jedes Familienmitglied entwickelt bezüglich der Art der Lebensauffassung und des Selbstbildes einen dominanten Persönlichkeitsstil, der natürlich von den Persönlichkeitsstilen der anderen Familienmitglieder beeinflusst wird. Er wird in der Regel durch Beobachtung und Anamnese, aber auch durch Interview und Persönlichkeitsfragebogen erhoben.
 - Der individuelle psychische und gesundheitliche Status wird auf einem Kontinuum zwischen den Polen »gesund, ausgeglichen« bis zu »gestört, krank« bewertet. Nicht diagnostizierte psychiatrische Probleme bei einem Familienmitglied können den gesamten Therapieprozeß unmöglich machen. Auch die Bedeutung der gesundheitlichen Faktoren kann nicht genügend betont werden. Medikamenten-, Drogen- und Alkoholgebrauch, Schlafdefizite und Berufsstress zum Beispiel können das Familienleben erheblich beeinträchtigen.

Eignung für eine Behandlung

Um zu entscheiden, ob eine Familie für eine Behandlung geeignet ist, muß geklärt werden, inwieweit die Problemstellungen der Familie, ihre Erwartungen und Motiva-

tionen für eine Behandlung adäquat sind. Je besser eine Familie zum Behandlungsansatz »paßt« und dieser zur Familie, um so besser sind die Ergebnisse.

Gewöhnlich versuchen Berater, eine bestimmte Darstellung der Familiendynamik und der Probleme zu erzielen. Das bedeutet natürlich, daß sie eher ihre eigene professionelle Erklärung des Wie und Warum einer Familiendynamik herausarbeiten möchten. Aus verschiedensten Gründen sollte sich der Berater jedoch um die eigene Version der Familie bemühen: Zunächst einmal haben alle Familien – besonders aber die mit älteren Kindern – bereits (einheitliche oder verschiedene) Erklärungen für alles, was die Familie betrifft, gefunden. Darüber hinaus können sich die Interpretationen der Familie beträchtlich von denen des Beraters unterscheiden. Und da Behandlungsziele und -pläne auf formulierten Einschätzungen beruhen, könnte der Widerstand gegen den Therapieplan um so größer sein, je größer der Unterschied zwischen der Interpretation des Beraters und der der Familie ist. Deshalb ist es für den Berater wichtig, die spezifischen Problemdefinitionen der Familie zu ergründen, die eigene Definition mitzuteilen und dann eine gemeinsame, für alle akzeptable Formulierung auszuhandeln. Möglicherweise führt dies zu langwierigen Diskussionen, aber es lehrt die Familienmitglieder auch ein Stück Familiendynamik. Solche Diskussionen sind zentral für eine auf Zusammenarbeit zugeschnittene Behandlung. Wenn aber die Familie darauf beharrt, ihre Probleme auf einen Sündenbock, d.h. auf ein Familienmitglied oder auf Außeneinflüsse zu projizieren, dann ist diese Familie möglicherweise nicht fähig, jene Art von Verantwortung zu übernehmen, die von ihr für einen engagierten Veränderungsprozeß verlangt wird. Diese Familie würde sich relativ schlecht für einen Behandlungsprozeß eignen.

Erwartungen der Familie an die Behandlung: Unrealistische Erwartungen, insbesondere solche, die sich auf eine Art »Wunderheilung« ohne oder mit geringem Einsatz der Familienmitglieder beziehen, müssen ausgesprochen und diskutiert werden. Die Familie muß nach ihren eigenen Behandlungszielen gefragt werden. Wollen die Familienmitglieder eher die Befreiung von Symptomen, strukturelle Änderungen, Trennungen, eine Medikation oder streben sie sonstige Ziele an? Außerdem ist es wichtig, auch die früheren Anstrengungen des Paares oder der Familie zur Problemlösung zu bewerten. Die Familie, die bereits früher Erfolge mit eigenständigen Veränderungen der Beziehungen bewirkt hat, kann solche Erfolge eher wiederholen und sollte in dieser Richtung ermutigt werden.

Bereitschaft und Motivation für die Behandlung: Myers (1992) hat die Bedeutung der Therapiebereitschaft für die Ehe- und Familientherapie beschrieben. Es werden drei Kriterien für diese Bereitschaft genannt: 1. den Willen der Familie, am Therapieprozeß teilzunehmen, 2. ihre Fähigkeit, sich dabei zu engagieren und 3. ihr Vertrauen, daß therapeutischer Erfolg möglich ist. Die Autorin beschreibt vier Ausprägungsgrade dieser Bereitschaft, vom höchsten, in dem die Familie fähig und willens ist, aber auch darauf vertraut, daß sie spezifische Veränderungen erreichen kann, bis hin zum niedrigsten Grad, bei dem die Familie entweder unfähig ist oder gar nicht den Willen aufbringt bzw. nicht darauf vertraut, daß Änderungen möglich sind.

Neben der Abklärung der Therapiebereitschaft der Familie als Ganzes ist auch die Abklärung der Motivation der

einzelnen Familienmitglieder für Veränderungen wesentlich. Normalerweise scheinen ein oder zwei Familienmitglieder mehr motiviert zu sein als die anderen. In der Individualberatung ist der hochmotivierte Klient tendenziell derjenige, der von selbst zur Behandlung kommt, der Änderungswillen verbalisiert, ego-dystonische Symptome aufweist und für anfängliche Beratungsaufgaben sowie für Aufgaben zwischen den Beratungssitzungen empfänglich ist. Dies steht im Gegensatz zu einem Klienten mit geringer Motivation, der meist von anderen überwiesen wurde, eher ego-syntonische Symptome aufweist bzw. verbalisiert und wenig Änderungswillen zeigt. Dieselben Charakteristiken können in der Familientherapie für Familienmitglieder festgestellt werden. Deshalb wird der Berater die Beurteilungen einzelner Familienmitglieder über die anderen, über sich selbst und über den Beratungsprozeß herauszufinden suchen und den Grad der Kongruenz zwischen dem Verhalten und den Beurteilungen der Personen festhalten.

Anpassung der therapeutischen Strategie

Rationale Entscheidungen über das Zueinanderpassen spezifischer Behandlungsstrategien und bestimmter Paare oder Familien basieren, wie bereits angesprochen, auf einer umfassenden Bewertung. Zum Beispiel würde zu einer eher wenig »organisierten« Familie möglicherweise am besten eine strukturelle Intervention passen, während eine eher »überorganisierte« und zur Behandlung wenig bereite Familie möglicherweise am besten mit mehr strategischen Interventionen erfaßt würde.

Je nachdem, ob die Probleme einer Familie mehr auf Machtfaktoren als z.B. auf Abgrenzungs- oder Intimitätsproblemen beruhen, bieten sich unterschiedliche Interventions- und Strategietypen an. Während Abgrenzungsprobleme am besten zu strukturellen Strategien passen, eignen sich bei Intimitätsproblemen eher psychodynamische oder psychopädagogische Ansätze und solche der »behavioral communication«. Bei Machtproblemen sind dagegen am besten strategische oder solche Ansätze angebracht, die aus der kognitiven Verhaltenstherapie stammen. Wenn ein Mangel an Fähigkeiten der Hauptgrund für die Schwierigkeiten einer Familie oder eines Paares sind, bieten psychopädagogische und verhaltensorientierte Strategien gute Möglichkeiten. Ebenso, wenn ein Paar erst kürzlich geheiratet hat und geringe Ehekonflikte zeigt, könnte ein psychopädagogischer Ansatz der beste sein. Häufig jedoch erscheinen Paare oder Familien in der Therapie, die wesentliche Beziehungsstörungen in beiden Bereichen zeigen, sowohl dem systemischen als auch dem, der durch einen Mangel an Fähigkeiten gekennzeichnet ist. In solchen Fällen werden zwei oder sogar mehrere Strategien einbezogen werden müssen; zum Beispiel sind strukturelle und psychopädagogische Interventionen für eine Familie auszuwählen, die massive Abgrenzungsprobleme, aber auch einen Mangel an Fähigkeiten in der Ausdrucksfähigkeit und in der Konfliktlösung zeigt. Dann muß der Berater entscheiden, ob er diese Strategien nacheinander einführt, sie mischt oder auf andere Weise kombiniert. »Tailoring« ist also der Prozeß des Anpassens, des »Maßschneiderns« einer bestimmten Behandlungsstrategie auf eine bestimmte Einzelperson,

auf ein bestimmtes Paar oder eine Familie hin. Derzeit gibt es keine standardisierten oder auf Forschungsergebnissen beruhenden Richtlinien für dieses »tailoring«. Worthington (1992) nennt jedoch einige Empfehlungen für die Entscheidungsfindung. Die Entscheidungen müssen sich auf das Wertesystem der Familie beziehen, auf ihre kulturelle Identität sowie auf ihre besonderen Defizite oder Stärken. Vor allem ist es auch notwendig, in der Zielsetzung realistisch zu bleiben, die Möglichkeiten klinischer Ressourcen abzuwägen und die Behandlungsbereitschaft des Paares bzw. der Familie zu beachten.

Rückfallprävention und Erfolgssicherung

In herkömmlicher Ausbildung lernen Berater im Rahmen der Psychopathologie vor allem, Störungen zu identifizieren, zu diagnostizieren und ggfs. die Probleme zu beheben. Nach traditionellem Modell führt der Therapeut ein Paar bzw. eine Familie vom Symptomzustand zum symptomfreien oder gebesserten Zustand; dann übernimmt er in der Regel andere Klienten. Die Forschung ermöglicht uns lediglich dieses Konzept, ohne ein klares Nachbehandlungsprogramm zu entwickeln. Dies aber führt in etwa der Hälfte der Fälle zu einem Rückfall in den Ausgangszustand. Berater beherrschen zwar den Hilfe-prozeß, indem sie all ihre Möglichkeiten in die Identifikation des Problems, in die Diagnose und in die Beseitigung dieser Probleme stecken, sind aber kaum in der Lage, etwas für das Andauern des Behandlungserfolges und für eine Rückfallprävention zu tun.

Paare und ihre Berater müssen nicht nur begreifen, wie erfolgreiche Beziehungen aufgebaut, sondern auch, wie sie aufrechterhalten werden können. Die traditionellen Behandlungsmethoden legen ihr Schwergewicht lediglich auf den Änderungsprozeß selbst, statt auf die Aufrechterhaltung einer erfolgreichen Intervention. Es ist den Beratern, die mit Paaren arbeiten, zu empfehlen, sich der Bedeutung von Rückfallprävention und Erfolgssicherung bewußt zu werden, damit Ehe- und Familienprobleme sich nicht ständig weiterverbreiten.

Auf dem Hintergrund des Wandels der heutigen Familien betrachtet, können Interventionen künftig nur erfolgreich sein, wenn bestimmte Entwicklungen in der Einschätzung, in der Behandlung und in der Nachbehandlung von Familienproblemen aufeinander bezogen werden.



Literatur

- Adler, A.: What life should mean to you. Capricorn Books. New York 1931
- Beavers, W., Hampson, R. & Hulgus, Y.: Commentary: The Beavers systems approach to family assessment. *Family Process*, 24, 1985, S. 398 – 405
- Carlson, J. & Sperry, L.: Psychoeducational strategies in marital therapy. In: Keller, P.A. & Heyman, S.R. (Eds.): *Innovations in Clinical Practice. A Source Book*, Vol. 9, 1990, Sarasota, FL: Professional Resource Exchange, Inc.
- Coleman, S.B. (Hrsg.): *Failures in family therapy*. Guilford Press. New York 1985
- Dinkmeyer, D. & Carlson, J.: TIME for a better marriage. *Journal of Psychotherapy and the Family*, 2, 1986, S. 19-28
- Dreikurs, R.: *The challenge of marriage*. Duell, Sloane and Pearce. New York 1945
- Doherty, W.J.: Private lives, public values. *Psychology today*, Mai-Juni, 1992, S 22-82
- Dychtwald, K.: *Age Wave*. Jeremy P. Tarcher. Los Angeles 1989
- Frances, A., Clarkin, J.F. & Perry, S.: *Differential therapeutics in psychiatry: The art and science in treatment selection*. Brunner/Mazel. New York 1984
- Giblin, P., Sprenkle, D. & Sheehan, R.: Enrichment outcome research. A meta analysis of premarital, marital and family interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 11, 1985, S. 257-271
- Gurman, A.S. & Kniskern, D.P.: The future of marital and family therapy. *Psychotherapy*, 29, 1, 1992, S. 65-71
- Krysan M., Moore, K.A. & Zill, N.: Identifying successful families. An overview of constructs and selected measures. *Child Trends*. Washington D.C. 1990
- Lorenz, F., Conger, R., Simon, R. & Whitbeck, L.: Economic Pressure and marital quality. *Journal of Marriage and the Family*, 1991, 53, S. 375-388
- Louv, R.: *Childhood's Future. Listening to the American family. New hope for the next generation*. Houghton Mifflin. Boston 1990
- McGoldrick, M. & Gerson, R.: *Genograms in family assessment*. W. W. Norton. New York 1985
- Myers, P.: Using adaptive counseling and therapy to tailor treatment to couples and families. *Topics in Family Psychology and Counseling*, 1 (3), 1992, S. 56-70
- Nichols, W.: *Marital therapy: An integrative approach*. Guilford Press. New York 1988
- Olson, D., Portner, Jr., & Labee, Y.: *FACES III. Family Social Science*. University of Minnesota, 290 McNeal Hall, St. Paul, M.N. 55108, 1985
- Olson, D., Sprenkle, D.. & Russel, C.: Circumplex model of marital and family systems. I. Cohesion and adaptability dimensions, family types and clinical applications. *Family Process*, 18, 1979, S. 3-28
- Riche, M.F.: The Future of the Family. *American Demographics*, March, 1991, S. 44-46
- Sperry, L. & Carlson, J.: *Marital therapy. Integrating theory and technique*. CO: Love Publishing. Denver 1991
- Sperry, L. & Carlson, J.: The work-centered couple. *The Family Psychologist*, 7 (4), 1991a, S. 19-21
- Strauss, M.A.: Family violence. In: Olson, D.H. & Hanson, M.K. (Hrsg.): *2001: Preparing families for the future*. National Council on Family Relations. Minneapolis 1990
- Walsh, W.M.: *Case studies in family therapy. An integrated approach*. Allyn & Bacon. Needham Heights, MA. 1991
- Worthington, E. : Matching family treatment to family stressors. In: Figley, C. (Hrsg.): *Treatment stress in families*. Brunner/Mazel. New York 1989, S. 44-63
- Worthington, E.: Strategic matching and tailoring of treatment to couples and families. *Topics in Family Psychology and Counseling*, 1 (3), 1992, S. 21-32

